

**PRINCÍPIOS QUE NORTEIAM A PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL DE
UMA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JUNTO A
FAMILIARES DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO MENTAL SEVERO**

PRINCIPLES THAT GUIDE THE MENTAL HEALTH PRACTICES OF
A HEALTH FAMILY PROGRAM (PSF) STAFF JOINT TO THE
FAMILY OF SEVERE MENTAL DISTURBED INDIVIDUALS

PRINCIPIOS QUE GUÍAN LA SALUD MENTAL PRACTICES DE UN PROGRAMA DE
FAMILIA DE SALUD (PSF) OFICIAL DE ESTADO MAYOR JOINT A LA FAMILIA DE
RESERVA MENTAL SEVERA PERTURBÓ A LOS INDIVIDUOS

*Sérgio Eduardo Gonçalves**

*Luciane Prado Kantorski***

*Rita Maria Heck****

RESUMO: No presente trabalho buscamos identificar junto à equipe do Programa de Saúde da Família-PSF os princípios que norteiam sua intervenção junto a familiares de indivíduos com transtorno mental severo. Consiste num estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Foi realizado numa Unidade Básica de Saúde de um bairro periférico de um município do sul do Rio Grande do Sul. O instrumento para a coleta dos dados a entrevista semi-estruturada. Fizeram parte da pesquisa uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, três agentes comunitários de saúde e uma assistente social, todos atuantes na Unidade Básica referida. Os dados foram gravados, transcritos e analisados, valendo-se das falas, opiniões dos autores e literatura como parâmetros, para a discussão dos dados. Os dados obtidos revelaram, a percepção da necessidade do cuidado a estas famílias, além da afirmação de suas responsabilidades com esta clientela. Pela proximidade com estes grupos devido a sua ação territorial propiciou o levantamento de várias necessidades dentro destes grupos. Concluímos que existe uma distância entre o que se preconiza como atuação dos profissionais do Programa de Saúde da Família em saúde mental e sua atividade prática atual. Finalizamos enfatizando as iniciativas que auxiliam na definição de caminhos a serem percorridos na aproximação da intervenção das equipes de PSF que concorrem para a concretização da reforma psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Família; Transtornos mentais

INTRODUÇÃO

Este trabalho busca uma reflexão sobre a relação de uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) com os núcleos familiares de indivíduos com transtorno mental severo.

A lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil preconiza a desinstitucionalização, através do fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos e da criação de serviços substitutivos que possibilitem a reinserção social dos indivíduos com transtorno mental⁽¹⁾.

* Enfermeiro graduado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.

** Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Enfermagem. E mail: kantorski@uol.com.br
Apoio CNPq.

*** Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Enfermagem.

A sociedade ocidental vem passando por uma mudança nos paradigmas vigentes e vários valores, modelos e saberes vem sendo repensados e reconstruídos. Na saúde, isso resulta na necessidade de superação de um modelo-biomédico ou médico-centrado no qual o indivíduo é fragmentado, o processo de saúde doença se resume a causa-efeito e onde o discurso higienista se revela como instrumento na consolidação da forma como a sociedade se organiza e funciona. Este novo modelo busca transcender para uma forma de entender o homem e seu processo de saúde como resultantes de variadas interações. Mais especificamente na forma da sociedade pensar o processo da “loucura”, busca-se ultrapassar a concepção moralista, na qual a loucura é vista como doença moral e geradora de alienação⁽²⁾.

Atualmente se preconiza que a família pode e deve ser a principal aliada no processo de desinstitucionalização, cuja prioridade é ajudar o indivíduo com transtorno mental severo a desenvolver suas potencialidades e fortalecer suas relações sociais dentro de sua microecologia (seu território). Para isso, se faz necessária intervenção junto às famílias que busque lhes fornecer informações sobre a doença, propicie apoio psicológico, favoreça a criação e fortificação de sua teia social de convívio e apoio. E principalmente, instrumente-as para que sejam formadoras de idéia sobre suas necessidades e dificuldades, encontrando o equilíbrio cotidiano.

O Programa Saúde da Família tem em suas diretrizes a característica de atuar em território bem definido com população também definida, com suas ações centradas na família e na comunidade, deixando de priorizar o diagnóstico e a medicação⁽³⁾.

Consideramos que o Programa Saúde da Família propicia a intervenção em busca da organização social, reconstrução de valores, reinserção social de todos os grupos atendidos, inclusive os psicóticos. Por essas características, entendemos que a inclusão de atividades de saúde mental, em especial no que se refere às pessoas com transtorno mental severo, dentro das atividades da Equipe de Programa Saúde da Família é fundamental para trilhar o caminho de desinstitucionalização e reinserção social, propostas norteadoras da reforma psiquiátrica brasileira.

A partir destas reflexões nos propomos a investigar na prática de uma equipe do Programa Saúde da Família com os núcleos familiares de indivíduos com transtorno mental severo, procurando identificar os princípios que norteiam a prática dessa equipe.

A FAMÍLIA E O SOFRIMENTO MENTAL

A história da psiquiatria pode se traduzir nos diversos olhares desta, sobre a família. No manicômio tradicional, a família era considerada cúmplice no processo de internação, ao abrir mão do desgaste de cuidar de seu parente, ratificava o papel excludente do manicômio. À medida em que os olhares se dirigiram, também, para fora do hospital psiquiátrico, surgiram explicações que atribuíam culpa a família pelo estado de seu familiar.

Ainda hoje, há uma corrente que acredita no papel da família na determinação do surgimento da doença mental em um de seus membros, tornando-o “bode expiatório” sobre o qual são jogados todos os problemas. Isso leva à crença de que a família é culpada pela doença e não aliada em um processo de recuperação e reinserção social do doente com transtorno.

Esta visão necessita ser superada tendo em vista a construção de um novo paradigma, que busca a reconstrução de conceitos sociais e assistenciais, no qual se insere a percepção do transtorno mental, mas também, remete à necessidade de outros olhares e reflexões sobre o convívio desta família com seu parente portador de um transtorno.

Neste processo transitório para uma nova assistência, as primeiras ações se deram pela diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e pela busca da criação de recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar. Este quadro gera intensificação das exigências de comprometimento da família, que volta a conviver com seu familiar doente, e se depara com inúmeros desafios em seu cotidiano devido à nova realidade.

Os núcleos familiares vêm-se obrigados não só a proporcionar apoio físico e emocional, como também a arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação, presentes em todas partes do mundo. “Os encargos que recaem sobre a família vão desde as dificuldades econômicas até as reações emocionais à doença, ao estresse em face ao comportamento perturbado e ao comprometimento da rotina doméstica e restrição das atividades sociais”^(4:2).

As famílias de pessoas com transtornos mentais severos, além de não saberem como lidar com o problema grave de seu familiar, que pode apresentar comportamentos estranhos e bizarros são vistas pela sociedade, na maioria das vezes, como responsáveis pelo desencadeamento da doença em seu ente; os parentes que cuidam de uma pessoa adoecida ainda são desrespeitados, não devidamente escutados, são vítimas de preconceitos, responsabilizados e julgados por eventuais danos sem provas ou justificativas⁽⁵⁾. Este estigma atribuído aos familiares acentua o sofrimento, já existente devido ao convívio com um ente doente, isso os leva a se culparem e a buscar em suas relações presentes e passadas, algo que justifique o desencadeamento de tal situação.

Por perceber as atribuições e dificuldades em que estas famílias se vêem envolvidas, e por entender, ser improvável a reintegração social dos indivíduos com transtorno severo, sem que o seu principal núcleo social de convívio, possa se transformar em protagonista neste processo, se faz necessária a criação espaços e instrumentos onde estes, juntos, possam buscar alternativas aos seus conflitos proporcionando crescimento e transformação de sua realidade. Estes espaços devem ser tanto de iniciativa pública, como de valorização de organizações comunitárias que visem a transformação da realidade na qual estão inseridos em busca de uma melhor qualidade de vida.

A família é fundamental na manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica⁷, isto reforça a idéia da necessidade dela ser preparada e apoiada pelos profissionais de saúde da área de saúde mental – em particular o enfermeiro – com vistas ao seu convívio com o portador de transtorno mental.

As formas de intervenção na família devem ser: educacionais designadas fundamentalmente para prover informações, intervenções no treinamento para desenvolver as habilidades básicas, intervenções de suporte, designadas para aumentar a capacidade emocional da família para enfrentar o estresse, intervenções compreensivas que incorporam informação, treinamento de habilidades e suporte em intervenções particulares⁽⁸⁾.

Acrescentamos, ainda, a necessidade de intervenções de caráter socializantes, que visem fortalecer as redes sociais deste grupo familiar, a fim de ele encontrar no próprio território/comunidade apoio para o enfrentamento dos desafios diários.

CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Concomitante ao processo de reflexões e transformações na assistência e sobre a forma de perceber a doença mental desenvolve-se no Brasil o Movimento Sanitarista. Um movimento político, que luta pela democratização do País e por mudanças estruturais e conceituais no modelo assistencial a saúde da população.

Este movimento encontra seu apogeu na década de 80, com seu grande momento em 1986, na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final viria a ser base para as negociações na construção da legislação em saúde da constituinte, promulgada em 1988.

A VIII Conferência Nacional de Saúde se caracteriza pela grande participação popular, são mais de 4000, participantes e 1000 delegados. Praticamente todas as organizações do setor, representações da sociedade civil, profissionais e partidos políticos, se fizeram presentes⁽³⁾.

Entre os principais resultados do documento final deste evento, destacamos a reformulação do conceito de saúde que passa a ser entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde⁽³⁾.

Consiste, portanto, no resultado de uma correlação de forças que deve ser alcançada por meio de políticas públicas, que busquem a igualdade de condições de vida, intervindo no meio físico, sócio-econômico e cultural e propiciando acesso aos serviços de saúde. Deve ser conquistado, através da participação popular, com a população passando a ser sujeito, tanto na reflexão sobre seu processo de saúde e doença, quanto na formulação das políticas públicas para alcançarem suas necessidades.

Na carta constituinte de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como diretrizes, segundo o Ministério da Saúde: universalização, saúde enquanto direito à cidadania; equidade, tratar as desigualdades/particularidades com a diferença necessária; integralidade, ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. O SUS tem seu princípio organizacional na regionalização/hierarquização, descentralização/comando único e participação popular.

Além da constituinte na qual foi criado o SUS, este foi regulamentado, através das leis n.º 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde e n.º 8.142/90 que formalizam o entendimento da saúde enquanto área de relevância pública⁽⁸⁾.

A criação do Sistema Único de Saúde foi um grande avanço social para o país, mas este vem enfrentando vários golpes na sua real implementação devido às políticas neoliberais, que vem sendo norteadoras das estratégias públicas nacionais desde a redemocratização do Brasil. Mesmo assim esta tem possibilitado o fortalecimento territorial e a organização em torno de lutas específicas como a luta antimanicomial⁽⁹⁾. Neste embate, uma proposta de reformulação do modelo assistencial, criado na década de 90, se constitui num instrumento de grande potencial na implementação de condições de saúde que atendam as necessidades da sociedade brasileira.

O Programa Saúde da Família (PSF) visa a transferência das atividades de saúde, até então centradas no hospital, para um modelo descentralizado e de base comunitária. O PSF se constitui atualmente na principal estratégia de organização da atenção básica. Enfatiza as ações coletivas, partindo do núcleo familiar, visando promover a mobilização comunitária através de reuniões, com os diversos grupos sociais da comunidade.

O envolvimento da família e comunidade no debate sobre suas necessidades sociais/saúde, e a possibilidade de instrumentalizá-la na busca de soluções eficazes aos seus conflitos, torna o PSF, ao menos em seus princípios, um instrumento de ruptura com o modelo médico-centrado e todos saberes/valores/subjetividades, que permeiam este modelo radicado na cultura ocidental. A proposta do novo modelo assistencial é centrada na lógica da vigilância à saúde e qualidade de vida com enfoque na família e comunidade, incluindo desde a proteção e promoção da saúde até o diagnóstico e o tratamento de doenças⁽⁸⁾.

Um dos princípios da atuação das equipes de PSF, o da territorialização e a adscrição da clientela, busca garantir a atenção o mais próximo do usuário, podendo conhecer e intervir na sua realidade (processo de saúde-doença). Vale ressaltar que o conceito de território, aqui, não se limita ao espaço geográfico, mas sim, a microecologia na qual a pessoa desenvolve uma série de relações familiares, de amizades, culturais e de trabalho, enfim todas as relações sociais que o indivíduo vivencia no seu cotidiano.

Esta capacidade de "estar próximo" da comunidade, das famílias, possibilitando o estabelecimento de um vínculo efetivo entre o serviço de saúde e os sujeitos que constituem a comunidade, vai ao encontro das diretrizes nacionais para a atenção em saúde mental, onde a desinstitucionalização só é possível, se os serviços substitutivos ao manicômio, puderem intervir nas relações cotidianas dos egressos de hospitalização psiquiátrica, oferecendo uma melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior possibilidade de reabilitação.

As equipes do Programa Saúde da Família podem desenvolver ações integradas ou focalizadas na saúde mental, de forma contínua e personalizada, com ênfase na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A equipe especializada deve servir de contra-referência, e dar apoio técnico, para a equipe da rede básica.

A inclusão da saúde mental na atenção básica tem sido discutida em diferentes âmbitos, e o Ministério da Saúde promoveu uma Oficina de Trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, em 2001, quando foram construídos princípios e propostas de ações em saúde mental no Programa Saúde da Família. Dentre estas, destacamos:

Atuação e sensibilização para a escuta e compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais envolvidas;
Acompanhamento de usuários egressos de internações psiquiátricas, egressos dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – e de outros recursos ambulatoriais especializados;

Mobilização de recursos comunitários estabelecendo articulações com grupos de auto ajuda, associações de bairros, conselho tutelar, entre outras organizações populares;

Buscar construir novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade como oficinas comunitárias e outros que venham a ser criado pela mobilização social.

Identificação e acompanhamento dos casos de transtorno psiquiátricos severos estruturando e ampliando os vínculos da equipe de saúde mental com eles.

A fim de incorporar ações de saúde mental na atenção básica é necessário que se tenha coerência com os princípios e diretrizes do PSF e que a lógica da Reforma Psiquiátrica, de superar o modelo psiquiátrico clássico, seja acompanhada de adequada incorporação tecnológica, no âmbito da infra-estrutura, recursos humanos e no campo do conhecimento.

METODOLOGIA

Esse estudo se caracteriza por uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde, de um bairro periférico, de um município do sul do Rio Grande do Sul, que é sede de uma equipe do Programa Saúde da Família. O bairro de abrangência da unidade é urbano, tem aproximadamente 4.500 habitantes, sendo a maioria de ascendência alemã e oriunda do meio rural.

A equipe é interdisciplinar e composta por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma assistente social e seis agentes comunitários de saúde. Além de duas burocratas e um funcionário da higienização. A equipe atua privilegiando o acolhimento, e nenhuma pessoa sai da Unidade sem atendimento. Durante o período de coleta de dados o número destes atendimentos variaram entre quinze e oitenta e cinco por dia.

Os sujeitos de estudo foram os profissionais da equipe do Programa Saúde da Família e outros profissionais de saúde que atuavam na Unidade Sanitária deste bairro de Pelotas/RS, exceto burocratas e profissional da higienização. O período de coleta de dados durou 2 meses sendo que os três agentes de saúde estavam em férias, assim não foram incluídos. Deste modo, sete sujeitos efetivamente participaram do estudo, sendo eles: três agentes comunitários de saúde; uma auxiliar de enfermagem; uma enfermeira; uma médica; um assistente social. Para manutenção do sigilo quanto à identidade dos participantes do estudo os sujeitos foram identificados por nomes de divindades da mitologia grega, a saber: Artemis, Selene, Hera, Atena, Ninfa, Hestia, Afrodite.

Inicialmente foi feito um reconhecimento do campo, quando apresentamos a proposta de estudo, buscando a colaboração da equipe para o desenvolvimento do mesmo. Foi solicitado, por escrito, a autorização prévia da chefia da enfermagem do PSF do município. Após este trâmite, fizemos o convite aos sujeitos de estudo, solicitando seu consentimento livre esclarecido, sendo explicado os objetivos da pesquisa e esclarecido quanto à garantia de anonimato, sigilo e livre acesso aos resultados do estudo. Foi assegurada a liberdade de desistência em qualquer momento da pesquisa, conforme a resolução 196/96 do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde que disserta sobre pesquisas envolvendo seres humanos⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada. Estas foram gravadas e após, transcritas na íntegra. A entrevista semi-estruturada é aquela cujas perguntas não são aplicadas de forma rígida, sendo norteadoras e permitindo ao pesquisador fazer adaptações⁽¹¹⁾.

Inicialmente os dados foram transcritos na íntegra e submetidos ‘a leituras sucessivas. Após foram interpretados e agrupados a partir de uma orientação temática, visando atingir os objetivos propostos. A análise, durante toda a sua execução foi realizada a partir do confronto de dados agrupados com a literatura disponível.

APRESENTANDO E ANALISANDO OS DADOS

PERFIL DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram deste estudo sete profissionais sendo uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, três agentes comunitários de saúde e uma assistente social, sendo a última a única profissional que não era ligada diretamente ao Programa de Saúde da Família, mas trabalhava junto à equipe da unidade básica, no período de coleta de dados. Os sujeitos pertenciam a faixa etária dos 23 aos 43 anos, todas do sexo feminino.

Quanto às experiências progressas na área da Saúde Mental, três tinham experiência acadêmica adquirida durante estágios curriculares da graduação, sendo duas em instituições psiquiátricas e uma em clínica de psicologia. Duas relataram experiência profissional, uma atuando em Unidade Básica que dividia espaço com um Centro de Atenção Psicossocial e a outra em empresa privada, na qual fazia o acompanhamento dos funcionários que transportavam pessoas que entravam em crise para o manicômio, esta também relatou o contato com pacientes com transtorno mental severo em unidades como clínica médica de outras instituições hospitalares. Uma relatou experiência pessoal, através da convivência com um tio que apresentava transtorno mental severo. Três relataram não ter tido nenhum contato com pacientes que tivessem transtorno mental severo antes da atividade atual.

PRINCÍPIOS QUE NORTEIAM A PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL DE UMA EQUIPE DE PSF

Inicialmente buscamos entender os princípios que os profissionais atores se valem para agir frente aos núcleos familiares de pessoas com transtorno mental severo. Entendemos princípio como a causa primária, ensinamento ou crença, que desencadeia um tipo de movimento, uma ação⁽¹²⁾. Nesse caso o que leva os sujeitos a intervirem e o modo como estruturam esta intervenção junto aos grupos especificados.

Acerca dos princípios os entrevistados se colocam da seguinte forma:

“Em primeiro lugar a família deve ser consciente que tem uma pessoa diferente em casa, né? Isso não quer dizer que por essa pessoa ser diferente, essa pessoa não tem que ter todos os cuidados. Tem que ter amigos tem que participar de outros lugares, de outros, sabe, de outros ambientes, conversas com outras pessoas” (ARTEMIS).

As famílias encontram grande dificuldade em estimular seus parentes a atividades simples como conversas, uso do medicamento, ir ao ambulatório⁽¹³⁾. Isto demonstra a importância não só de dar orientações sobre a importância destas atividades, sobre estes possíveis transtornos como também de dar suporte para que estes obstáculos sejam transpostos.

“Aprendi que o ideal seria internar, mas no meu pensamento como profissional, eu acho que tem que tratar toda a família... não é qualquer coisinha internar. Acho que tem solução, tem que conversar... a família tem que ser ensinada de como tratar o paciente psiquiátrico. Acho que, até como qualquer outra doença que se tenha a família tem que aprender a tratar o doente e não passar o problema para outra pessoa” (SELENE).

“Não adianta trabalhar somente o indivíduo, tem que trabalhar o coletivo e o coletivo dele é a família. A família que tem um indivíduo com transtorno grave, se ela estiver bem estruturada, provavelmente eles não vão mais internar no hospital psiquiátrico. Ele pode no máximo ficar num CAPS durante o dia e a noite voltar para sua residência e encontrar uma família com a qual consiga viver bem e sem transtorno para os demais” (HERA).

Existe acúmulo de evidências demonstrando que a intervenção familiar propicia melhora no quadro clínico, diminuindo recaídas e conseqüentes internações psiquiátricas dos indivíduos com transtorno mental severo⁽⁵⁾.

Neste sentido os depoimentos reforçam que:

“A família também tem que ser ajudada, tem que ser orientada, que a família também tem que se tratar. Nesses casos não com medicação, mas muitas vezes com palestras, com reuniões” (ARTEMIS).

“Esse tipo de paciente a família devia ter um acompanhamento muito maior... eu acho que a medicação não é tudo, pra todo tipo de doença tu precisas de ajuda” (ATENA).

Os familiares de pacientes com transtorno mental severo precisam de muita ajuda, mas atualmente percebemos que estas pessoas que cuidam de um ente adoecido são desrespeitadas, não são escutadas adequadamente, sofrendo preconceitos, sendo responsabilizados e julgados por eventuais danos sem provas ou justificativas⁽⁵⁾.

Consideramos que o profissional de saúde deve investir nas potencialidades da família, auxiliando a mesma a lidar com as condições que a doença mental lhes impõem, valendo-se de todos os recursos comunitários disponíveis.

A necessidade do cuidado a família aparece na fala de todos os entrevistados. O tratamento e apoio à família são percebidos como uma maneira de diminuir o sofrimento familiar e minimizar eventuais transtornos gerados pelo fato de conviver com um ente doente.

“Eles não admitem, eu acho que é por preconceito... as pessoas tem bastante vergonha... Não admitem, não falam abertamente... aí tem muitos que não tratam a pessoa não levam a nada simplesmente deixam jogadas, escondidas. Eu acho que a maioria das famílias não sabe lidar com essas pessoas” (NINFA)

“O que a gente tenta fazer é aconselhar, ouvir as questões, ne? Sugerir algumas cosinhas: ‘quem sabe assim, quem sabe assado, o que a senhora acha?’” (HESTIA).

O medo de prejudicar o portador de sofrimento psíquico aparece como um princípio dos atores ao revelarem sua preocupação em relação à comunicação com essas famílias. É dominante a idéia que estes grupos familiares são especiais e que muito mais acintosamente que nos demais as informações erradas e ou falhas no processo de comunicação podem trazer conseqüências graves. Esta preocupação pode ser confirmada a partir das seguintes falas:

“O que eu mais me cuido é no que eu falo, por que às vezes uma palavra mal dita, ela é mal interpretada, ela vai longe principalmente para esse tipo de família” (ATENA).

“Eu acho que a gente não pode ficar dizendo qualquer bobagem. Acho que a gente tem que dizer coisas concretas e coisas boas pro paciente, por que tu dar uma orientação errada é muito grave” (SELENE).

Apesar de existir consenso de que o fornecimento de informações é importante para produzir mudanças nos familiares não existe consenso acerca de como essas informações devam ser apresentadas aos parentes. Os familiares solicitam informações e opiniões sobre as mais diferentes questões do campo da saúde mental⁵.

Concordamos com a afirmação de que as informações fornecidas não necessitam ser exaustivas ou apresentadas em linguajar técnico-científico. Basta que elas sejam simples, aproximativas, inteligíveis, leais, respeitadas e suficientes para garantir a autonomia dos usuários nas escolhas e nos atos⁽¹⁴⁾.

A prática demonstra que a ausência de intervenção e interação é freqüentemente mais nociva que qualquer tentativa de ajuda que tenha por base a compreensão de suas necessidades. Isso de forma alguma exclui a necessidade de estudo e capacitação destes profissionais para tratarem mais efetivamente as pessoas com transtorno mental severo e seus familiares.

A maioria da equipe afirma sua responsabilidade com essas pessoas, admitem, que enquanto profissionais de atenção básica, estão respaldados em seus princípios éticos profissionais e na proposta de assistência do

Programa Saúde da Família a importância de suas atividades frente a esses grupos. A noção de responsabilização da equipe é expressa da seguinte forma:

“Nós somos responsáveis. Nós não podemos ficar isolados. Enquanto (profissional) de uma unidade básica, principalmente de PSF, eu me sinto responsável sim! É uma responsabilidade minha e de minha equipe também... Eu tenho que trabalhar Saúde Mental também. Se a equipe conseguisse uma intervenção sistematizada junto a esses grupos nós teríamos, sem dúvida, uma melhora na qualidade de vida deles” (HERA).

“Eu pauto minha prática com esses pacientes e seus grupos familiares, primeiramente nos princípios éticos da minha profissão Eu tenho que ajudá-los dentro dos meus conhecimentos e envolvendo a família por termos uma proposta de atuação coletiva no PSF e pela prática mostrar que ela deve se envolver no cuidado de seus entes para um maior sucesso” (AFRODITE).

No PSF a atenção está centrada na família, entendida e acolhida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de família compreensão ampliada do processo de saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas, em que se trabalha a idéia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil “higiênico” da população e assim, prevenir os agravos da saúde⁽¹⁵⁾.

Percebemos nesta realidade um aspecto que deixa explícito a necessidade e viabilidade de inserção da saúde mental no PSF, considerando este como uma ação estratégica de transformação no modelo de atenção em saúde, neste sentido contribuindo para a construção da Reforma Psiquiátrica brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O advento da Reforma Psiquiátrica levanta uma série de novas necessidades e possibilidades em torno dos instrumentos utilizados no cuidado dos pacientes com transtorno mental severo. O regresso deste para suas casas suscita atenção especial a seus grupos familiares.

O interesse pelo tema surgiu da compreensão de que tanto a Reforma Psiquiátrica quanto o Programa Saúde da Família tem em seu âmago a questão da transformação do modelo assistencial, ou seja, a necessidade de superação do modelo centrado na doença. Além disso, os dois têm princípios emancipatórios e de reinserção social através da valorização do discurso dos sujeitos/pacientes, famílias e comunidade. Outra característica que parece unir estes dois processos é a questão de sua visão territorial. Não se acredita em uma ressocialização dos pacientes psiquiátricos sem intervenção transformadora em sua microecologia e o Programa Saúde da Família tem sua atuação centrada, justamente, nesta microecologia dos grupos atendidos.

Atualmente o Ministério da Saúde prevê a inserção das atividades de saúde mental no Programa Saúde da Família, inclusive ações referentes aos indivíduos com transtorno mental severo e seus familiares. O entendimento da relação entre o que se preconiza e o que realmente acontece em um contexto específico, foi possível verificar no desenvolvimento do trabalho.

Os resultados obtidos revelaram que os entrevistados percebem a importância do cuidado aos familiares e que este é fator terapêutico para os indivíduos com transtorno mental severo. Sua relação, quase inevitável, com estas famílias devido à forma de atuação das equipes de PSF, lhes propicia o levantamento de várias necessidades de saúde destes grupos relacionadas ao convívio com o ente adoecido.

A equipe se vale do vínculo e comunicação com os grupos familiares e dos recursos comunitários para pautar suas intervenções. Porém toda a equipe refere insegurança, falta de conhecimento e afirmam a necessidade

de maior interlocução e proximidade com serviços especializados, para terem suporte técnico e até mesmo psicológico. Podendo assim, propiciar atuação mais sistematizada, coesa e significativa.

Este distanciamento existente entre o que se propõe e o que se executa, atribuímos, em parte, ao fato de que tanto o Programa Saúde da Família quanto a Reforma Psiquiátrica e mais ainda sua integração são realidades novas, mesmo sendo resultantes de um longo caminho de lutas sociais. Ainda, há muito a ser feito para que as ações do Programa Saúde da Família sejam relevantes na saúde mental para familiares e pacientes com transtorno mental severo, transtornos menores e outras situações de agravo mental.

Esperamos que este trabalho possa contribuir para a reflexão acerca do trabalho de uma equipe de Programa Saúde da Família no campo da Saúde Mental, possibilitando reflexão sobre como, atualmente, ocorre esta integração e de quais os caminhos possíveis de serem traçados para real inserção destes profissionais de atenção básica e suas tecnologias no processo de construção da Reforma Psiquiátrica brasileira.

ABSTRACT: This work presents a search for the identification of the basic principles of the Health Family Program (PSF) staff intervention joint to the family of severe mental disturbed individuals. It is a descriptive and exploratory study with a qualitative approaching and it was made in a Basic Unity of Health (UBS) of a peripheral village of a southern Brazil community. It was used as instrument for the data collection semistructured interviews. The research participants were: 1 doctor, 1 nurse, 1 nurse auxiliary, 3 community health agents and 1 social assistant, all of them working in the Basic Unity cited above. The data were recorded, transcribed, and analyzed, using as parameters for the data discussion the comments, author's opinions and literature. The obtained data had shown the perception of the necessity of to care these families, besides the assertion of their responsibilities with these customers. The closeness with these groups, because the territorial action, provides the survey of several necessities. We conclude that has a distance between what is claimed as the PSF's professional actuation and they actual practice. We consider that this reflection helps in the definition of the way to be followed in the use of the PSF's intervention technologies for the psychiatric reform realization.

KEY-WORDS: Mental health; Family; Mental disorders

RESUMEN: Este trabajo presenta una búsqueda para la identificación de los principios básicos del Programa de Familia de Salud (PSF) la juntura de intervención de personal a la familia de reserva mental severa perturbó a los individuos. Es un estudio descriptivo y exploratorio con un acercarse cualitativo y era hecho en una Unidad Básica de Salud (UBS) de un pueblo periférico de una comunidad de Brasil del sur. Se usó como el instrumento para las datos colección semistructured entrevistas. Los participantes de la investigación eran: 1 doctor, 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería, 3 agentes de salud de comunidad, y 1 ayudante social, todos ellos trabajando en la Unidad Básica citaron anteriormente. Los datos fueron grabados, transcribió, y analizó, mientras usando como los parámetros para la discusión de los datos los comentarios, las opiniones de autor y literatura. Los datos obtenidos habían mostrado la percepción de la necesidad de cuidar a estas familias, además de la aserción de sus responsabilidades con estos clientes. El encierro con estos grupos, porque la acción territorial, proporciona el estudio de varias necesidades. Nosotros concluimos que eso tiene una distancia entre lo que se exige como la actuación del profesional del PSF y ellos la práctica real. Nosotros consideramos que esta reflexión ayuda en la definición de la manera a ser seguida en el uso de las tecnologías de la intervención del PSF para la realización de la reforma psiquiátrica.

PALABRAS-CLAVE: Salud mental; Familia; Transtornos mentales

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
2. Serrano AI. O que é psiquiatria alternativa. 2. ed. São Paulo: Ed Brasiliense; 1982.
3. Ministério da Saúde (BR). Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde. Centro de Documentos do Ministério da Saúde. Brasília; 1987. p 381-89.
4. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Belo Horizonte: Te Cora; 2001.
5. Organização Mundial de Saúde. Organização das Nações Unidas. Relatório sobre a saúde no mundo. [online] [citado 2003 out]. Disponível em: URL: <http://www.sites.com.br/line/voce/resposta2.htm>.
6. Melman J. Família e doença mental: repensando e relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2001.
7. Waidman MAP. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: Anais do IV Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e VI Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 1998. São Paulo, Brasil. Ribeirão Preto; 1998. p. 389-407.
8. Cavalheri SC. Acolhimento e orientação à família. [online] [citado 2003 out 20]. Disponível em URL: <http://www.Scielo.com.br>
9. Ministério da Saúde (BR). Gestão municipal de saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil; 2001.
10. Kantorski LP, Silva GB. Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica. Pelotas: Editora Universitária/UFPel; 2001.
11. Resolução 196/96 sobre: pesquisa envolvendo os seres humanos. Brasília; 1996.
12. Ludke M, Meda A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU; 1986.
13. Ferreira ABH. Minidicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993.
14. Ornellas CP. O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan; 1997
15. Zaboli, et al. O Programa de saúde da família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. In: Angelo M, Boouso RS. Manual de Enfermagem, temas de Caráter Introdutório. [online]. Disponível em: URL: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>
16. Franco TB; Merhy EE. PSF: contribuições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. (mimeo).

Recebido em 28/12/2002 aceito em 05/03/2003